

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในชุมชน

พัชรภรณ์ ทะเกียง, พย.บ.¹
อรอุมา อินทงษ์, ส.ม.¹
ภาคิน บุญพิชชาชญ, พย.ม.²
อรัญญา นามวงศ์, พย.ค.³
จรรยา แก้วใจบุญ, ศศ.ม.^{3*}

(วันที่ส่งบทความ: 30 มีนาคม 2567; วันที่แก้ไข: 13 สิงหาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 29 สิงหาคม 2567)

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เป็นการดูแลภายใต้สภาวะความเครียด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผล การใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายก่อนและหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วย ใน ชุมชน กลุ่มตัวอย่าง เป็น ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่แพทย์วินิจฉัยให้กลับไปรักษาที่บ้านแบบประคับประคอง ในเดือนตุลาคม 2566 ถึงมีนาคม 2567 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 คน โดยใช้โปรแกรม G*power ระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 เครื่องมือที่ใช้คือโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผ่านการประเมินคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้านภาระการดูแลของ Zarit ทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และ paired t-test ผลการวิจัยพบว่าก่อนการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี มากที่สุด ร้อยละ 43.5 ระดับดี ร้อยละ 30.4 และระดับปานกลาง ร้อยละ 26.1 ส่วนหลังการใช้โปรแกรม พบว่ามีคุณภาพชีวิตระดับดีขึ้น ร้อยละ 100 แตกต่างจากก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 9.095, p\text{-value} < 0.001$) จากผลการศึกษาดังกล่าว งานการพยาบาลชุมชน ควรส่งเสริมการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย, โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ, คุณภาพชีวิต

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลพะเยา

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลพะเยา

³ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ประพันธ์บทความ: จรรยา แก้วใจบุญ, อีเมล: Junya.k@bcnpy.ac.th

Effects of an Empowerment Program Among Caregivers of Palliative Patients on Quality of Life in the Community

Patcharaporn Takiang, B.N.S.¹

Ornuma Intanongluk, M.P.H.¹

Pakin Boonpichachan, MS.N.²

Arunya Namwong, Ph.D.³

Junya Kaewjiboon, M.A.^{3}*

(Received: March 30th, 2024; Revised: August 13th, 2024; Accepted: August 29th, 2024)

Abstract

End-of-Life care is provided under stressful conditions and it has an impact on the quality of life of palliative caregivers. This quasi-experimental research using a one-group pretest-posttest design was aimed to investigate the impact of an empowerment program on caregivers' quality of life. The participants in this study included twenty-three people responsible as caregivers for home palliative care. Data were collected between October 2023 and March 2024. The sample size was calculated using the G*power tool to have a confidence level of 0.05 and a test power of 0.80. The empowerment program to improve the quality of life for caregivers and End-of-Life care handbook were assessed by three specialists. Data were collected using a caregiver quality of life and evaluated Zarit caregiver burden questionnaires, which were trialed with a group of 10 similar caregivers and achieved a Cronbach's alpha coefficient of 0.90. The data were examined using descriptive statistics and a paired t-tests. Before implementing the empowerment program, the caregivers' quality of life was rated as follows: poor 43.5%, good 30.4%, and moderate 26.1. After the program's implementation, the quality of life of the palliative caregivers showed a 100% improvement with a statistically significant difference from before the program ($t= 9.095, p\text{-value} < 0.001$). According to the findings of this study, community nursing units should promote the implementation of empowerment programs for palliative caregivers to improve their quality of life.

Keywords: palliative caregivers, empowerment program, quality of life

¹ Registered Nurse, Professional Level, Phayao Hospital

² Registered Nurse, Senior Professional Level, Phayao Hospital

³ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Phayao, Faculty of Nursing,
Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author: Junya Kaewjiboon, Email: Junya.k@bcnpy.ac.th

บทนำ

ผู้ป่วยระยะท้าย เป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาอาการของโรคให้หายขาดได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความเจ็บปวดทุกข์ทรมานและมีผลกระทบต่อสุขภาพหลายด้าน เช่น อาการเจ็บปวด หายใจลำบาก ไอ ท้องผูก เบื่ออาหารและเหนื่อยล้า หรือความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ กระวนกระวาย ซึมเศร้า วิตกกังวล (สุชาวดี รุ่งแจ้งและรัชณี นามจันทร์, 2559) รวมถึงการคุกคามต่อชีวิต และความรุนแรงจากโรคที่ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการพึ่งพาจากบุคคลอื่น หรือผู้ดูแล โดยในทั่วโลกจะมีผู้ป่วยระยะท้ายประมาณ 56.8 ล้านคนต่อปี ที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง ในจำนวนนี้ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง (World Health Organization [WHO], 2020) และในประเทศไทยจากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข สุข พ.ศ. 2564 พบว่าโรคที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรังที่จำเป็นต้องให้การดูแลแบบประคับประคองและเป็นสาเหตุการตายเพิ่มมากขึ้น ได้แก่ 1. มะเร็งทุกชนิด 2. โรคหลอดเลือดสมอง 3. ปอดอักเสบ 4. โรคหัวใจขาดเลือด 5. เบาหวาน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงของประชากรกลุ่มวัย 60 ปีขึ้นไป ที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วโดยในปี พ.ศ.2565 มีจำนวนผู้สูงอายุ 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด คาดการณ์อีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นจาก 13 ล้านคนเป็น 19 ล้านคน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) ทำให้มีแนวโน้มการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและการดูแลภาวะพึ่งพิงมากขึ้นเรื่อย ๆ การดูแลในระยะท้ายเพื่อการรักษาแบบประคับประคองจึงมีความจำเป็นและเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องวางแผนการดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสามารถเผชิญความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานและความตายได้อย่างสงบ

การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (palliative care) เป็นการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่เป็นภาระหนักและซับซ้อน บุคคลที่มีความสำคัญต่อการดูแล คือผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ไม่ว่าจะเป็นบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือผู้ที่สมัครใจเป็นผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หายด้วยการป้องกัน บรรเทาอาการ ตลอดจนบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น นับเป็นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพทั้งกาย ใจ ปัญญาและสังคมของผู้ป่วย (กรมการแพทย์, 2563) โดยให้การรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก que เริ่มวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคระยะท้าย (terminal illness) จนกระทั่งเสียชีวิต รวมถึงการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยหลังการสูญเสียทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ต้องดูแลผู้ป่วยภายใต้สภาวะเครียด เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่มากขึ้นทั้งด้านการดูแลช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน เช่น การอาบน้ำแต่งตัว การป้อนอาหาร ดูแลการขับถ่าย การจัดการความเจ็บปวด การ

ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ การดูแลทางกาย จิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มมากขึ้น เมื่อเข้าสู่ระยะท้ายต้องมีจิตใจ ที่เข้มแข็งสำหรับการเผชิญต่อการดูแลระยะท้ายจนถึงเสียชีวิต ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความเครียด ความเสียใจ ความหดหู่ ความกลัวต่อสิ่งที่ได้เผชิญอันจะกระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยได้หลายด้าน เช่น 1) ด้านร่างกายจากการช่วยเหลือผู้ป่วยจนเกิดความเหนื่อยล้า 2) ด้านจิตใจเกิดจากการดูแลที่มีความยุ่งยาก ลำบาก ทำให้เบื่อหน่ายและเศร้าโศก (Artanthia & Pomthong, 2018) 3) ด้านสังคมเกิดจากการสูญเสียความเป็นส่วนตัว 4) ด้านจิตวิญญาณ ผู้ดูแลรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองและโทษตนเอง เป็นต้น (Lawang et al., 2005 อ้างในรัชนิกร ใจคำสับ และศิริวิไลซ์ วรรณวีจิตร, 2562) การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจึงทำให้เกิดภาวะการดูแลและเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ สังคม สะท้อนต่อคุณภาพชีวิตผู้ดูแลเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม (จิรนนท์ ปุริมาตย์ และคณะ, 2562) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี การส่งเสริมด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนด้านสังคม การช่วยเหลือในการเข้าถึงบริการสุขภาพ การส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจะส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ (อรพรรณ พุ่มณี โชติ, 2560) และทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและจัดสรรการดูแลได้เหมาะสม ลดความเครียด การสร้างเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความมั่นใจต่อการดูแลผู้ป่วย จัดระบบการดูแลให้สมดุลทั้งการดูแลผู้ป่วยและการดูแลตนเองให้คงคุณภาพชีวิตที่ดี จากการศึกษาด้าน โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมีการรับรู้คุณค่าในตนเอง มีการรับรู้พลังอำนาจที่เพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น (น้ำทิพย์ ยิ้มแย้มและยุวดี รอดจากภัย, 2560) ดังนั้นการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ให้ผู้ดูแลจึงจำเป็นและเป็นกลวิธีที่สำคัญในการเสริมศักยภาพ ความสามารถ การตัดสินใจ การจัดการทรัพยากร เพื่อให้สามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ของตนมาใช้ในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (กิตติยาพร จันทร์ชม และคณะ, 2564)

โรงพยาบาลพะเยาเป็นโรงพยาบาลทั่วไป ขนาด 400 เตียง ได้ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เปิดให้บริการดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ปี พ.ศ.2563-ปัจจุบัน สถิติผู้ป่วยเสียชีวิตในโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2565 สาเหตุการตายที่เกิดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบมากที่สุด คือโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ โรคไตวาย และมะเร็งตับ (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลพะเยา, 2565) การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในโรงพยาบาลพะเยา มีการจัดรูปแบบการให้บริการที่มีแนวทางการปฏิบัติที่หลากหลาย แต่กระนั้นก็ตามเมื่อผู้ป่วยไปรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน การติดตามและส่งเสริมผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ยังไม่ปรากฏภาพ

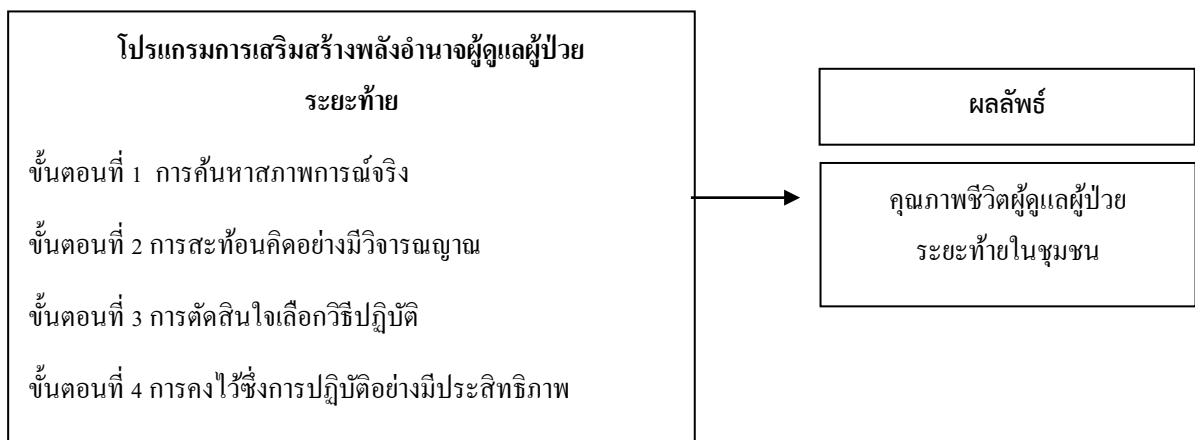
ที่ชัดเจนจึงเป็นประเด็นที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ประกอบกับในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา ช่วงปี พ.ศ. 2565 มีผู้ดูแลจำนวน 166 ราย พบว่ามีความเครียดต่อการให้การดูแลผู้ป่วย ระยะท้ายในด้านการปรับตัว ความเครียดด้านจิตใจและมีความต้องการการสนับสนุนจากบุคลากร ด้านสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลชุมชน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาโปรแกรม การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในชุมชน เพื่อนำผลจาก การศึกษามาพัฒนาส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถปรับตัวต่อการระการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างสมดุล สามารถดูแลผู้ป่วยให้ลดความทุกข์ ทรมานและมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนถึงวาระสุดท้ายของผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแล ผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองก่อนและหลังการใช้ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Gibson (อ้างในวิยะการ แสงหัวช้าง และคณะ, 2560) ร่วมกับการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งเป็นกลวิธีสำคัญในการพัฒนาสุขภาพ ของครอบครัว 4 ขั้นตอน คือการค้นหาสภาพการณ์จริง การเสริมศักยภาพด้วยการสะท้อนคิด อย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิถีปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่าง มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถดึงศักยภาพที่มีอยู่ในตนเองมาใช้ในการดูแลและการ สร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ทำให้ผู้ดูแล มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถเผชิญและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม อันจะส่งผลต่อ การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ สรุปกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง ชนิด One group pretest-posttest design โดยเปรียบเทียบระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายก่อนและหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่แพทย์วินิจฉัยให้กลับไปรักษาต่อบ้านแบบประคับประคอง ในช่วง 26 ตุลาคม 2566 ถึง 31 มีนาคม 2567

นิยามเชิงปฏิบัติการ

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถและพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผ่านกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วยขั้นตอน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย หมายถึง บุคคลที่มีหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยดูแลตั้งแต่กลับบ้านต่อเนื่องจนถึง 4 สัปดาห์

ผู้ป่วยระยะท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยให้กลับไปรักษาต่อบ้านในระยะท้ายของชีวิตแบบประคับประคอง

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้การดูแลผู้ป่วย/ความยากลำบาก/ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในเขตอำเภอเมืองจังหวัดพะเยาช่วง 26 ตุลาคม 2566 ถึง 31 มีนาคม 2567 ไม่ทราบจำนวนประชากร เนื่องจากเป็นผู้ป่วยระยะท้ายจำเป็นต้องรอคำวินิจฉัยจากแพทย์

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย สุ่มแบบเจาะจงโดยเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยให้เป็นผู้ป่วยระยะท้ายและได้กลับไปรักษาต่อบ้านแบบประคับประคอง ในช่วง 26 ตุลาคม 2566 ถึง 31 มีนาคม 2567 กำหนดขนาดกลุ่มโดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 และขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) ขนาดใหญ่ ได้จำนวน 21 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้จำนวน 23 คน เพื่อป้องกันการหล่นหายของกลุ่มตัวอย่างและกำหนดคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลหลักที่มีอายุตั้งแต่ 19 ปีขึ้นไป 2) ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายติดต่อกันตั้งแต่ 3 วันเป็นต้นไป 3) ผู้ป่วยต้องได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายและแพทย์ให้รักษาแบบประคับประคองที่บ้าน 4) ผู้ดูแลต้องมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสาร ฟัง อ่าน เขียน ภาษาไทยได้ในการให้ข้อมูล

5) ยินดีให้ข้อมูลการวิจัย และมีเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยขอยกเลิกการดูแลผู้ป่วย และ ผู้ดูแลผู้ป่วยให้การดูแลผู้ป่วยแล้วผู้ป่วยเสียชีวิตก่อน 4 สัปดาห์หลังจากการดูแล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ดำเนินการเมื่อได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพะเยา รหัสโครงการ 66-02-44 รหัสการรับรองจริยธรรม COA No.222 ลงวันที่ 25 ตุลาคม 2566 โดยผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลพะเยา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เขต อ.เมือง จ.พะเยา จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการติดต่อผู้เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และแนะนำตัวชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ อธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยขั้นตอนและวิธีการวิจัย การเข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล และกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจ เข้าร่วมการวิจัยจะต้องลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูล หากกลุ่มตัวอย่างไม่พร้อมหรือไม่ยินดีที่จะเข้าร่วมวิจัยนี้ สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมได้ และไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง ผลของการวิจัยจะมีการนำเสนอเฉพาะภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือสำหรับการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และ เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (อ้างในวิยะการ แสงหัวช้างและคณะ, 2560) รวบรวมเอกสารวิชาการและวรรณกรรมต่างๆ มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมอย่างเป็นระบบตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ดูแล 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาสภาพการณ์จริง 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยโปรแกรมนี้และคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้ผ่านการประเมินคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน นำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และนำมาใช้เมื่อแพทย์วางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ไปดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน จึงได้มีการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายด้วยการเยี่ยมบ้าน โดยใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 13 ข้อ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้านภาระการดูแลของ Zarit ภาษาไทย (อรรรรณ ศิลปะกิจ และคณะ, 2558) ข้อคำถาม 12 ข้อ การให้คะแนนแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เรียงลำดับคะแนน 0-4 ระดับ จากไม่มีเลย/นานๆ ครั้ง/บางครั้ง/ค่อนข้างบ่อย/และแทบทุกครั้ง แปลผลค่าคะแนนดังนี้ 0-10 คะแนน มีคุณภาพชีวิตระดับดี คะแนน 11-20 มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และคะแนนมากกว่า 20 มีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย เป็นโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ตรวจสอบประเมินคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลชุมชน และพยาบาลเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยระดับประคอง ให้คะแนนในแต่ละหมวดมากกว่าร้อยละ 50 (Appraisal of guideline for research & evaluation II) ตามหลักเกณฑ์ของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และนำโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ได้ผ่านการประเมินคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบโดยมีดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.67 -1.00 และนำไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถาม เกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแล โรคประจำตัว ภาระในการดูแลผู้ป่วยอื่น ผู้ช่วยผู้ดูแลและความเกี่ยวข้อง ความกังวลด้านค่าใช้จ่าย โรคและอาการของผู้ป่วย และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายด้านภาระการดูแลของ Zarit ภาษาไทย (อรรรรณ ศิลปะกิจและคณะ, 2558) มีข้อคำถาม 12 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพหาความเที่ยง (reliability) โดยนำมาทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.90

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลพะเยาและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เขต อ.เมือง จ.พะเยา เพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในระหว่าง 26 ตุลาคม 2566 - 31 มีนาคม 2567 ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดพะเยา

2. เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยยินยอมสมัครใจเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และการลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยอธิบายขั้นตอนการเยี่ยมบ้านและการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ วิธีการตอบแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล

3. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว (จากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและรวบรวมข้อมูลที่ได้เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

4. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผ่านกิจกรรมการเยี่ยมบ้านมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาสภาพการณ์จริง

ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 1 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ใช้เวลา 40-60 นาที (วันที่ 3 ของการดูแล)

การค้นหาสภาพการณ์จริง เป็นการสอบถามข้อมูล ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย และให้คำอธิบายเกี่ยวกับแนวปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย รายละเอียดดังนี้

1) เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว การแนะนำตนเอง แจงถึงวัตถุประสงค์การเยี่ยม สร้างบรรยากาศให้เกิดความเข้าใจและไว้วางใจ

2) สอบถามข้อมูลและประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินภาวะการดูแล Zarit ภาษาไทย และสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติ/การดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ การประสานงาน (ก่อนใช้แนวปฏิบัติ ใช้เวลา 20-30 นาที)

3) ส่งเสริมการสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลในประเด็นการค้นหาสภาพการณ์จริง (ใช้เวลา 20-30 นาที) ดังรายละเอียด ดังนี้

3.1 ใช้ผังครอบครัวเครือข่าย เพื่อทราบถึงความสัมพันธ์ตลอดจนบทบาทหน้าที่ของคนในครอบครัว การเข้าไปสัมผัสรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนทราบถึงบุคคลที่เกี่ยวข้องที่จะเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของครอบครัว ในการให้การดูแลผู้ป่วย

3.2 ค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วยและครอบครัว ตั้งแต่ประวัติการเจ็บป่วยจนถึงการเข้าสู่ระยะท้ายของโรคเพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ การดำเนินของโรค การรักษาและเป้าหมาย ความคาดหวังของการเจ็บป่วย ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย ทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ

3.3 ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระบุปัญหาที่แท้จริงในการดูแลผู้ป่วย ปัญหาอุปสรรคส่วนตัวของผู้ดูแลเอง ทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ การประสานงาน เพื่อเตรียมการเรียนรู้ การแก้ไขปัญหา

3.4 อธิบาย/ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วย ตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และการใช้คู่มือประกอบการดูแลผู้ป่วย การอธิบายช่องทางการติดต่อขอรับการรักษาทางโทรศัพท์

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ และ**ขั้นตอนที่ 3** การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ

ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 2 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 (40-60 นาที)

การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ คือ 1) รู้สึกอย่างไรกับการดูแลผู้ป่วยในครั้งนี้ 2) ได้เรียนรู้อะไรจากการดูแลผู้ป่วย และจากการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลตามคู่มือและ 3) วิธีปฏิบัติที่ดีและเหมาะสมกับตนเองและผู้ป่วยมีอะไรบ้าง และสิ่งที่อยากจะทำให้ดีกว่าเดิมมีเรื่องใด

การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ

หลังจากการสะท้อนคิดแล้วให้ตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่คิดว่าดีและเหมาะสมที่สุดกับตนเองและผู้ป่วย และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ โดยมีเครือข่ายชุมชนให้การช่วยเหลือสนับสนุนตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 4 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 (40-60 นาที)

การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

เป็นการสอบถามและสะท้อนคิดการปฏิบัติที่ดีและเหมาะสมที่สุดกับตนเองและผู้ป่วย การสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติใดที่คงการปฏิบัติไว้อย่างมีประสิทธิภาพ และประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน โดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ (Percentage)

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายก่อนและหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ หลังจากทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลเป็นโค้งปกติโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จำนวน 23 คน เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 91.3 อายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 52.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 78.3 มากกว่าครึ่งมีสถานภาพสมรสแล้ว ร้อยละ 78.3 ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสามี/ภรรยา ร้อยละ 43.5 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยช่วง 1-3 เดือน มากที่สุด ร้อยละ 43.5 โดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 65.2 และไม่มีภาระในการดูแลผู้ป่วยอื่น ร้อยละ 91.3 กลุ่มตัวอย่างมีผู้ช่วยในการดูแล ร้อยละ 60.9 ผู้ช่วยในการดูแลส่วนใหญ่เป็น สามี/ภรรยา ร้อยละ 39.1 ด้านความกังวลด้านค่าใช้จ่าย ส่วนใหญ่ไม่มีความกังวล ร้อยละ 43.5 ด้านอาการของผู้ป่วยที่ดูแล มีอาการแย่ง พบมากที่สุด ร้อยละ 52.2 ด้านโรคของผู้ป่วยที่ดูแล พบมากที่สุดคือมะเร็งระยะสุดท้าย ร้อยละ 78.3 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	8.7
หญิง	21	91.3
อายุ (ปี)		
20-60 ปี	11	47.8
มากกว่า 60 ปี	12	52.2
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	18	78.3
มัธยมศึกษา/ปวช.	3	13.0
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2	8.7
สถานภาพสมรส		
โสด	5	21.7
สมรส	18	78.3
ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วย		
พ่อ/แม่	1	4.35
สามี/ภรรยา	10	43.5
บุตร	6	26.1
พี่น้อง	5	21.7

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ญาติ	1	4.35
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย		
1-3 เดือน	10	43.5
4-6 เดือน	5	21.7
มากกว่า 6 เดือน	8	34.8
โรคประจำตัว		
ไม่มี	15	65.2
มี	8	34.8
ภาระในการดูแลผู้ป่วย (นอกเหนือจากรายนี้)		
ไม่มี	21	91.3
มี	2	8.7
ผู้ช่วยผู้ดูแล		
ไม่มี	9	39.1
มี	14	60.9
ความเกี่ยวข้องของผู้ช่วยผู้ดูแลกับผู้ป่วย		
สามี/ภรรยา	9	39.1
บุตร	6	26.1
พี่/น้อง	4	17.4
ญาติ	4	17.4
ความกังวลด้านค่าใช้จ่าย		
ไม่กังวล	10	43.5
กังวลเล็กน้อย	5	21.7
กังวลมาก	8	34.8
อาการของผู้ป่วยที่ดูแล		
อาการแย่ลง	12	52.2
อาการคงที่	7	30.4
อาการดีขึ้น	4	17.4
โรคของผู้ป่วยที่ดูแล		
มะเร็งระยะสุดท้าย	18	78.3
ไตวายระยะสุดท้าย	1	4.35
สมองเสื่อม	1	4.35
โรคอื่นๆ	3	13.0

2. ผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน พบว่าก่อนการใช้แนวปฏิบัติมีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี มากที่สุด ร้อยละ 43.5 รองลงไปคือ ระดับดี ร้อยละ 30.4 และระดับปานกลาง ร้อยละ 26.1 ส่วนหลังการใช้แนวปฏิบัติ พบว่ามีคุณภาพชีวิตระดับดี ร้อยละ 100 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย	ก่อนใช้โปรแกรม		หลังใช้โปรแกรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดี	7	30.4	23	100
ปานกลาง	6	26.1	0	0
ไม่ดี	10	43.5	0	0

3. ผลการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ พบว่าคุณภาพชีวิตก่อนเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ย 16.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 8.66 หลังเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ย 2.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.32 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่าหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=9.095, p\text{-value}<0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

การทดสอบ	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>sig</i>
ก่อนเสริมสร้างพลังอำนาจ	23	16.65	8.66	9.095	22	.000**
หลังเสริมสร้างพลังอำนาจ	23	2.83	2.32			

หมายเหตุ $n=23, **p\text{-value}<0.001$

อภิปรายผล

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายโดยการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วย ควบคู่กับการให้คำแนะนำผ่านคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยมีขั้นตอนการเสริมสร้าง

พลังอำนาจให้ผู้ดูแล 4 ขั้นตอน คือ การค้นหาสภาพการณ์จริง การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่พัฒนาขึ้น อภิปรายผล ดังนี้

การใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน พบว่าก่อนการใช้โปรแกรม ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี มากที่สุด ร้อยละ 43.5 ระดับดี ร้อยละ 30.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.1 ส่วนหลังการใช้โปรแกรม พบว่า มีคุณภาพชีวิตระดับดี ร้อยละ 100 และเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการใช้โปรแกรม พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t= 9.095, p\text{-value} < 0.001$) แสดงว่าหลังการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีคุณภาพชีวิตในระดับดี มีภาระการดูแล ความเหนื่อยล้า ภาวะทุกข์ และเครียดของผู้ดูแล (burden) น้อยกว่าก่อนการใช้โปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติยาพร จันทร์ชมและคณะ (2564) ที่พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย มีอำนาจในการตัดสินใจในการดูแลรักษาผู้ป่วย ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันให้ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งผู้ดูแลต้องเผชิญภายใต้สภาวะความเครียด เสียใจ หดหู่ ต่อการดูแลผู้ป่วยจนถึงระยะท้ายของชีวิต อันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย ทำให้เหนื่อยล้า มีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย ด้านจิตใจเกิดความเบื่อหน่าย บางครั้งต้องเผชิญกับสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง อาจโกรธหรือทะเลาะกับผู้ป่วย หรือเศร้าโศกกับการสูญเสีย ด้านสังคม เกิดการสูญเสียความเป็นส่วนตัว ขาดเพื่อนฝูง หรืออาจต้องออกจากงานเพื่อมาเป็นผู้ดูแล สูญเสียรายได้ และด้านจิตวิญญาณ ผู้ดูแลรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเอง เกิดความขัดแย้งในตนเอง รู้สึกเป็นคนไม่ดี ดูแลผู้ป่วยได้ไม่ดี โทษตนเอง เป็นต้น การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงมีความจำเป็นเพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร แนวบุตร (2558) ที่พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลในครอบครัวหลังการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น

ผลการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน ผ่านกระบวนการเยี่ยมบ้าน อภิปราย ดังนี้

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 เป็นการดำเนินการขั้นตอนที่ 1 คือ การค้นหาสภาพการณ์จริง เป็นการสอบถามข้อมูลและประเมินคุณภาพชีวิตด้านภาระการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยระบุปัญหาที่แท้จริงในการดูแลผู้ป่วยและปัญหาอุปสรรคส่วนตัวของผู้ดูแลเองทั้งด้านสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ การประสานงาน และให้คำอธิบายเกี่ยวกับแนวปฏิบัติของผู้ดูแลผู้ป่วย ตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย การเสริมสร้างพลังอำนาจในครั้งแรกของการเยี่ยมบ้าน เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว การแนะนำตนเอง แจ่มถึงวัตถุประสงค์การเยี่ยมชมสร้างบรรยากาศให้เกิดความเข้าใจ ไว้วางใจ การเข้าไปสัมผัสรับรู้ข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนทราบถึงบุคคลที่เกี่ยวข้องที่จะเข้ามาช่วยดูแลผู้ป่วย โดยใช้ผังครอบครัวเครือข่าย จะทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์ตลอดจนบทบาทหน้าที่ของคนในครอบครัว เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของครอบครัวในการให้การดูแลผู้ป่วย และเริ่มค้นหาสภาพการณ์จริงของผู้ป่วยและครอบครัว ตั้งแต่ประวัติการเจ็บป่วยจนถึงการเข้าสู่ระยะท้ายของโรค เพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติ การดำเนินของโรค การรักษาและเป้าหมาย ความคาดหวังของการเจ็บป่วย ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ ทำให้มีพฤติกรรมท่าทีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เปลี่ยนไป ทำให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาความคิด ค่อยๆ เรียนรู้ และปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถจัดการชีวิตตนเองได้ ซึ่งการเยี่ยมบ้านจะทำให้พยาบาลได้ใกล้ชิดกับผู้รับบริการ เกิดสัมพันธภาพที่ดี ได้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว ทำให้ทราบปัญหาที่แท้จริงและนำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการดูแลร่วมกันในครอบครัว นำไปสู่ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้านมีหลักการที่สำคัญ คือ การรักษาพยาบาลที่บ้าน โดยการให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหา เป้าหมาย กลวิธีในการดูแลตนเอง รวมถึงการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ ผู้ดูแล ครอบครัว และสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การเยี่ยมบ้านจึงมีความจำเป็นเพื่อผลักดันให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย (วรรณ ประสารอริคม, 2561) และจากการประเมินคุณภาพชีวิตด้านภาระการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลก่อนใช้โปรแกรมการสร้างเสริมพลังอำนาจ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาวะเครียดสูงในการดูแลผู้ป่วย การขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย โดยในรายชื่อสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นประจำและแทบทุกครั้งสำหรับผู้ดูแล คือ ไม่มีเวลาสำหรับตัวเองเลยเพราะต้องใช้เวลาดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 34.8) เครียดเพราะต้องดูแลผู้ป่วยในขณะที่ต้องรับผิดชอบครอบครัวและงาน (ร้อยละ 34.8) ไม่แน่ใจว่าจะทำอะไรกับผู้ป่วย (ร้อยละ 34.7) เหนื่อยล้าเมื่อต้องอยู่กับผู้ป่วย (ร้อยละ 26) พยาบาลใช้การส่งเสริมศักยภาพให้ผู้ดูแลมีทักษะควบคู่ไปกับการใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่ทีมงานจัดทำขึ้นจากการศึกษา ค้นคว้าจากทฤษฎีการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และนำมาจัดทำเป็นรูปเล่มให้อ่านเข้าใจง่ายขึ้น มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถขอรับการปรึกษา กรณีผู้ดูแลมีปัญหาต้องการความช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในตนเอง

เตรียมความพร้อมการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบาย เสริมสร้างแรงจูงใจโดยใช้พลังอำนาจของผู้ดูแล ให้เกิดการเรียนรู้ การแก้ไขปัญหา ผู้ดูแลสามารถจัดการตนเองและปัญหาต่างๆ ได้ โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล สอดคล้องกับข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ร้อยละ 43.5 และมีผู้ช่วยผู้ดูแลเป็นสามีภรรยาและบุตร ร้อยละ 36.2 ถือว่าในสังคมไทยครอบครัวเป็นหลักในการดูแลสมาชิกครอบครัวยามเจ็บป่วย จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่สามี ภรรยา และครอบครัวร่วมรับผิดชอบในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ด้วยความรักเอาใจใส่ ให้กำลังใจกันและกัน เห็นอกเห็นใจกัน จนเกิดเป็นพลังทางบวก มีความเชื่อมั่นในดูแลผู้ป่วย ทำให้การดูแลเป็นไปตามแผนและส่งเสริมคุณภาพชีวิตดีขึ้นได้ ประกอบกับการได้รับความช่วยเหลือจากทีมแพทย์และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องตามความต้องการของปัญหา และยอมรับการจากไปของผู้ป่วย ลดภาวะความโศกเศร้าหลังผู้ป่วยเสียชีวิต

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 เป็นการดำเนินการขั้นตอนที่ 2 คือ การสะท้อนคิดอย่างมีวิจักษณ์ญาณ และขั้นตอนที่ 3 คือการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติในสัปดาห์ที่ 2 หรือหลังการเยี่ยมครั้งแรก 1 สัปดาห์ เพื่อดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่กาย ใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ ติดตามการจัดการปัญหาต่างๆ เป็นการทบทวนเหตุการณ์และสถานการณ์อย่างรอบคอบเพื่อทำความเข้าใจให้ชัดเจนขึ้น การสะท้อนคิดอย่างมีวิจักษณ์ญาณด้วยเทคนิคตะกร้า 3 ใบ คือ รู้ สึก ก่อ อย่างไร ได้ เรียนรู้ อะไร และ นำ ไป ปฏิบัติ ได้อย่างไร กาแสวงหาทางเลือก การพิจารณาอย่างมีวิจักษณ์ญาณ (มกราพันธุ์ จุฑะรสก และอนิษฐา จุฑะรสก, 2560) เพื่อให้เกิดมุมมองในการตัดสินใจและจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสม การพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ เปิดโอกาสให้บุคคลได้ใช้กระบวนการคิดและเพิ่มพูนความรู้ที่สำคัญ เพื่อช่วยประกอบในการตัดสินใจจะช่วยให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลสามารถตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติและวางแผนการรักษาที่เหมาะสมตามความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่าหลังใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะทำอย่างไรกับผู้ป่วยของผู้ดูแล ไม่เกิดขึ้นเลย ร้อยละ 52.2 และพบนาน ๆ ครั้ง 47.8 เมื่อได้รับคำปรึกษาจากการเยี่ยมบ้านทำให้มีความเข้าใจและมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 เป็นการดำเนินการขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ คือการมีพฤติกรรมดูแลที่มีประโยชน์ต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งพยาบาลสามารถส่งเสริมการให้ข้อมูลย้อนกลับในทางบวกให้กับผู้ดูแลทำให้มีความมั่นใจในการดูแลตนเองและมีความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการสื่อสารทางบวกต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤติ สามารถลดความเครียดและญาติสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม (อังคณา สมคง

และคณะ, 2564) การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายเป็นการดูแลที่ซับซ้อน อาจเกิดปัญหาใหม่ขึ้นได้ตลอด ซึ่งต้องอาศัยการประสานงาน ความต่อเนื่องในการดูแล การสร้างเครือข่ายในชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อสม. หรือ ภาควิชาเครือข่ายที่จะเป็นแหล่งประโยชน์ในการให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและญาติในด้านต่างๆ เช่น อุปกรณ์ที่จำเป็นในการใช้ดูแลผู้ป่วย ความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ จะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ และศักยภาพของตนเองออกมาใช้ให้ สามารถจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ลดภาวะเครียด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ การ คงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการสร้างเสริมพลังอำนาจ เมื่อปฏิบัติ แล้วประสบความสำเร็จ บุคคลก็จะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ (วิยะการ แสงหัวช้างและคณะ, 2560) มีความสามารถที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรม การแก้ปัญหา นั้น สำหรับใช้ใน ครั้งต่อไป

ผลการติดตามหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริมพลังอำนาจ ผู้ดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ เกี่ยวข้องกับการดูแลดีขึ้น สามารถวางแผนการดูแลผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า ทราบขั้นตอนการ ปฏิบัติกรณีเกิดปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วย หรือต้องการความช่วยเหลือที่สามารถประสานงานได้ด้วยตนเอง มีการเตรียมความพร้อมของสมาชิกในครอบครัวและยอมรับการจากไปของผู้ป่วย ลดภาวะความ โศกเศร้า และสามารถดูแลตนเองและครอบครัวต่อไปได้หลังผู้ป่วยเสียชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติยาพร จันทร์ชมและคณะ (2564) ที่พบว่า การเสริมสร้างพลัง อำนาจของบุคคล ครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยและครอบครัวจนกระทั่งถึงวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลชุมชน ได้ใช้ กระบวนการส่งเสริมพลังอำนาจผู้ดูแล ด้วยการเยี่ยมบ้านเพื่อให้เห็นสภาพการณ์จริง เข้าใจผู้ดูแล ด้วยสภาพการณ์จริงเริ่มตั้งแต่การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 การใช้บทบาทของพยาบาลในการสร้าง สัมพันธภาพและความไว้วางใจ ความเห็นใจผู้ป่วยและญาติ เข้าไปเยี่ยมบ้านสัมผัสรับรู้ข้อมูล ผู้ป่วย ความเชื่อ ทศนคติ ค่านิยม วัฒนธรรมของครอบครัว โดยใช้ความสามารถด้านมานุษยวิทยา สังคมวิทยา จิตวิทยา เพื่อให้เข้าถึงครอบครัวผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ข้อมูลการ เจ็บป่วยและการรักษา ความรู้ที่มิต่อการรักษาและวิธีการรักษาที่ได้รับ การแสวงหาทางเลือก อื่นในการรักษา โดยพยาบาลใช้บทบาทในการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจและเลือกวิธีการรักษา และร่วมรับผิดชอบในทางเลือกที่ได้ตัดสินใจแล้ว และ บทบาทในการเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแล โดยใช้คู่มือการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายร่วมกับให้คำแนะนำ ในการดูแลผู้ป่วย และกล่าวชื่นชมเพื่อให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีความเชื่อมั่นในศักยภาพ ของตนเอง และเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง และใช้บทบาทในการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์โดยใช้เทคนิคการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการวางเป้าหมายร่วมกัน และ

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 เสริมสร้างพลังผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการปรับตัว เรียนรู้ที่จะแก้ปัญหา เชื่อมั่นว่าตนเองทำได้ เป็นการดึงพลังอำนาจของผู้ดูแลออกมาใช้ ให้สะท้อนคิดจากการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้คงไว้ซึ่งการพัฒนาที่ดี และพัฒนาให้ดีกว่าเดิมนอกจากนี้พยาบาลใช้บทบาทในการเป็นผู้ให้คำปรึกษา โดยให้คำปรึกษาผ่านช่องทางโทรศัพท์ โอนไลน์ และประสานงานเชื่อมโยงทีมสหวิชาชีพ และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลืออุปกรณ์ต่างๆที่จำเป็น เช่น เตียง เครื่องผลิตออกซิเจน หรืออุปกรณ์อื่นตามความต้องการ ตลอดจนการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ในรายที่มีความยุ่งยากซับซ้อน จะมีการประชุมวางแผนกับภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อวางแผนช่วยเหลือได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 เน้นบทบาทในการเสริมพลังอำนาจ จะช่วยให้เสริมพลังใจให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น เชื่อมมั่นในการให้การดูแลผู้ป่วยและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่ดี ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

สรุปผลการวิจัย

การใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในชุมชน พบว่าหลังการใช้โปรแกรม ผู้ดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนการใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ดังนั้นบุคลากรด้านการพยาบาลชุมชน จึงควรส่งเสริมการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจะช่วยให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ทั้งงานพยาบาลชุมชน และบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชน ควรมีการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลและผู้ป่วยในทุกายตั้งแต่เริ่มต้นการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย เพราะการมีส่วนร่วมของครอบครัวตั้งแต่ต้นและติดตามต่อเนื่อง จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
2. งานพยาบาลชุมชนและบุคลากร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชน ควรมีการบูรณาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในกลุ่มครอบครัวขยายเพื่อสะท้อนการพยาบาลในมิติต่างๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยโดยเน้นการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง/ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกลุ่มอื่นนอกเหนือจากผู้ป่วยระยะท้าย

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2563). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทาง การแพทย์)*. องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565*. อมรินทร์คอร์ปอเรชั่นส์.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564*. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติยาพร จันทร์ชม, ญาณี แสงสาย, และบรรเทิง พลสวัสดิ์. (2564). การเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง ในครอบครัวและชุมชน: บทบาทสำคัญของพยาบาล. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 5(2), 12-24.
- งานเวชระเบียน โรงพยาบาลพะเยา. (2565). *รายงานสาเหตุการตายของผู้ป่วยที่มารักษาในโรงพยาบาลพะเยา*. โรงพยาบาลพะเยา.
- จิรนนท์ บุริมาตย์, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, และกรวรรณ ยอดไม้. (2562). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในจังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(4), 610-619.
- น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม, และยุวดี รอดจากภัย. (2560). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างอำนาจผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 24(2), 46-58.
- มกราพันธุ์ จูฑะรสก, และอนิษฐา จูฑะรสก. (2560). *การสะท้อนคิด : กระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ เชิงสร้างสรรค์ด้วยตะกร้า 3 ใบ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). แคนเนกซ์อินเตอร์คอปอเรชั่น.
- รัชนิกร ใจคำสืบ, และศิริวิไลซ์ วนรัตน์วิจิตร. (2562). สุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลอุตรดิตถ์*, 11(1), 213-223.
- วิยะการ แสงหัวช้าง, วิไลวรรณ แสงธรรม, และวิไลวรรณ วงศ์เจริญ. (2560). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อการรับรู้พลังอำนาจและพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซียฉบับ*

วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 11(3), 159-172.

วรณัน ประสารอริคม. (2561). แนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน (*Concept of home care*).

<https://www.rama.mahidol.ac.th/um/sites/default/files/public/pdf>.

ศุขาวดี รุ่งแจ้ง, และรัชณี นามจันทร์. (2559). การจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะ
ลุกลาม. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 27(2), 43-57.

ศุภาพร แนวบุตร. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการ
ดูแลตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 8(4), 30-
40.

อังคณา สมคง, สุทัศน์ สุภนาม, และกรรณิการ์ รักษ์ยิ่งเจริญ. (2564). ผลของโปรแกรมการ
สื่อสารทางบวกต่อความเครียดและการเผชิญความเครียด ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยวิกฤติ.
วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 37(2), 100-109.

อรพรรณ พุ่มณีโชติ. (2560). เชื่อมบ้านกับการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง. *สงขลานครินทร์
เวชสาร*, 35(4), 399-406.

อรวรรณ ศิลปกิจ, ชัชวาล ศิลปะกิจ, และรสสุคนธ์ ชมชื่น. (2558). คุณสมบัติทางจิตวิทยา
ของแบบประเมินภาระการดูแล Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารสุขภาพจิตแห่ง
ประเทศไทย*, 23(1), 12-23.

Artanthia, J. & Pomthong, R. (2018). Nurses' role: case study of psychological
care for caregivers of patients with terminal illness. *Journal of the Royal
Army Nurses*, 19(1), 1-8.

World Health Organization. (2020). *Palliative care*. Retrieved October 1, 2023, from
[https://www-who-int.translate.google/news-room/fact-sheets/detail/palliative-
care?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=th&_x_tr_hl=th&_x_tr_pto=sc](https://www-who-int.translate.google/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=th&_x_tr_hl=th&_x_tr_pto=sc)